

Nom du client: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

## **Évaluation Physiothérapelique**

### **Anamnèse**

Adresse: \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

No de tél.: \_\_\_\_\_ No. Reclamation: \_\_\_\_\_

Médecin traitant: \_\_\_\_\_ N. A.M.: \_\_\_\_\_

Personne(s) ressource(s): \_\_\_\_\_

Diagnostic/Motif de référence: \_\_\_\_\_

Recommandations/précautions: \_\_\_\_\_

Histoire de cas: (âge, sexe, type de travail, activités de loisir, raison de la consultation, date de l'événement, cause et mécanisme de la blessure, évolution des symptômes, traitements antérieurs, considérations psycho-sociales):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antécédants médicaux pertinents: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conditions associées (Autres conditions pouvant influencer la planification et l'application du traitement, eg. amputation, plaque de métal)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médication: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres examens: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Environnement domicilier: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Physiothérapeute : \_\_\_\_\_

Nom du client: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

## Évaluation clinique

### S. Donnés subjectives

Douleur, somasthésie, faiblesse ...:

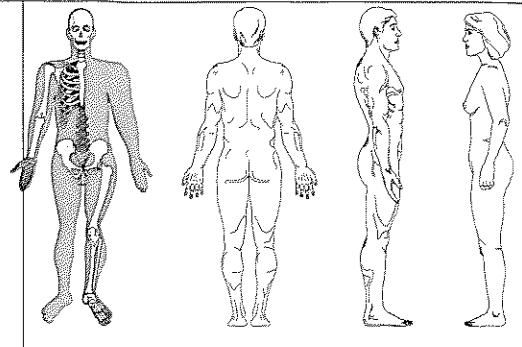
---

---

---

---

---



Limitation dans le travail et dans les activités de loisirs et sportives: \_\_\_\_\_

Fonction générale avant raison de la consultation: \_\_\_\_\_

Attentes du client/famille: \_\_\_\_\_

### O. Données objectives

		Observations		Cognitif (communication, orientation, mémoire, comportement)	_____
				Physique (Circulation, vision, ouie)	_____
Amplitude	Voir annexe A	oui		_____	
		non		_____	
Force	Voir annexe	oui		_____	
		non		_____	

Date \_\_\_\_\_

Physiothérapeute : \_\_\_\_\_

Nom du client: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

<b>Examen neurologique</b>	R <del>O</del> T: Rotule _____ Achilles _____ Biceps: _____ Triceps: _____ (Babinski: _____) Sensibilité : Toucher léger _____ Température _____ Pique _____ Doigt-nez (secondes pour 5 cycles) D ____ G ____ Tremblements D ____ G ____ Dysmétrie D ____ G ____ Talon-Tibia (secondes pour 5 cycles) D ____ G ____ Tremblements D ____ G ____ Dysmétrie D ____ G ____ Autres: _____					
<b>Posture et Equilibre</b>	<b>Assis</b>		<b>Debout</b>			
	<b>Posture</b>					
	<b>Eq. statique</b>	nulle	précaire	passable	normal	
	<b>Eq. dynamique</b>	nulle	précaire	passable	normal	
	<b>Réactions de redressement</b>	absentes	lentes non efficaces	présentes et efficaces	présentes non efficaces	
<b>Réactions de Protection</b>	absentes	lentes non efficaces	présentes et efficaces	présentes non efficaces		
<b>Berg:</b>	Step test(#reps/1 minute) D _____ G _____					
<b>Déplacements</b>	Aide technique: _____	Surveillance : non-requise requise				
	Appareillage: _____	Assistance: non-requise requise				
	Posture: _____					
	Patron: _____					
	Endurance _____ mètres en _____ minutes					
	Escaliers _____					
Timed up and go : _____	Distance marché en 6 mins: _____					
<b>Retournements et transferts</b>	Décubitus dorsal à décubitus latéral gauche	Autonome	Consignes	Surveillance	Assistance	Dépendance
	Décubitus dorsal à décubitus latéral droit					
	Couché à assis au bord du lit					
	Assis au bord du lit à couché					
	Assis à debout					
	Debout à assis					
	Transfert du lit au fauteuil					
	Transfert du fauteuil au lit					
	Transferts dans la salle de bain					
	Capacité de faire le pont					
Remarques						
<b>Autres éléments</b>	<p><b>Barrières architecturales</b></p> <p><b>Tests spécifiques pertinents</b></p> <p><b>Palpation</b></p> <p><b>FIM</b></p>					
	<b>Niveau de participation du client</b>	Motivé	Bonne collaboration	Passif	Réticent	Aggressif

Date \_\_\_\_\_

Physiothérapeute : \_\_\_\_\_

Nom du client: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

#### A. Analyse physiothérapique

## Impressions

## **Objectif Fonctionnel**

---

## Liste de problèmes

## **Plan d'intervention**

#### **Durée et fréquence prévues des visites :**

**Recommandations faites au client/patient:** \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Physiothérapeute : \_\_\_\_\_

Nom du client: \_\_\_\_\_

Date de naissance:

Physiothérapeute: \_\_\_\_\_

